ITEM 92 : RACHIALGIE

CERVICALGIE

Cervicalgie = douleur du rachis cervical : - **Cervicalgie commune** (majorité) : **détérioration dégénérative (cervicarthrose)** et/ou **troubles fonctionnels musculo-ligamentaires**
- **Cervicalgie symptomatique** d'une pathologie sous-jacente

Cervicalgie commune dégénérative

→ **Cervicarthrose anatomique** : > 50% des individus > 40 ans ↗ avec l'âge, asymptomatique dans la majorité des cas

Syndrome cervical	C	**Syndrome cervical chronique**	- **Douleurs de la nuque** pouvant irradier vers l'occiput, l'épaule, la région inter-scapulo-vertébrale ou latérocervicale, d'horaire **mécanique** (avec parfois une recrudescence nocturne), évoluant par poussées successives ± fond douloureux permanent - **Points douloureux** à la palpation de la colonne cervicale et des muscles spinaux - **Douleur** et **contracture** modérée de la **musculature paravertébrale** +/- attitude antalgique (délordose ou flexion latérale et rotation) - **Limitation des mobilités cervicales** (le plus souvent modérée) - **Craquements** à la mobilisation du cou
		Syndrome cervical aigu = Torticolis	- **Douleur et raideur cervicale de survenue brutale,** volontiers le matin au réveil - **Raideur cervicale importante** - **Contracture douloureuse de la musculature paravertébrale**
		Origine discale	- Sujets les plus **jeunes** avec ATCD **traumatiques** - Tableau aigu et intense avec **impulsivité**
		Origine arthrosique	- Sujets les plus **âgés** - Cause la plus **fréquente** - Tableau torpide émaillé d'épisodes plus aigus
		« Drapeaux jaunes »	- **Dépression**, anxiété, catastrophisme - **Conflit** professionnel ou familial - Arrêts de travail prolongé, bénéfices secondaires
		« Drapeaux noirs »	- **Insatisfaction** au travail, conditions difficiles - Conflits avec une assurance, la Sécurité sociale - Excès de **solitude**
	PC		**- Rx standard = face, profil** et **¾ droit** et **gauche** : **ostéophytose antérieure**, **discarthrose** (pincement discal), **uncarthrose** (arthrose intervertébrale), **arthrose interapophysaire postérieure** (déforme le trou de conjugaison), prédominant au rachis cervical moyen ou bas - **Cliché C1-C2 de face** si douleurs cervicales hautes - Parfois complété de **clichés dynamiques** en cas d'antécédents traumatiques → Inutile en cas de simple torticolis ou de cervicalgies chroniques connues et déjà explorées (en absence de drapeau rouge)
Autres			- **Névralgie cervico-brachiale** - **Myélopathie cervico-arthrosique**
TTT	Cervicalgie aiguë		- **Repos, antalgique, AINS** - Traitement physique sédatif : **agents physiques** et **massages** **- Collier cervical antalgique** (sans immobilisation stricte)
	Cervicalgie chronique		- **Antalgiques** (niveau 1 ou 2), **AINS** (lors des poussées douloureuses) - **Psychotrope** en cas de drapeau noir - **Repos relatif** - **Kinésithérapie** : **massages, rééducation proprioceptive, de renforcement des muscles paravertébraux et d'adaptation posturale** - Recherche et correction d'**attitudes prolongées peu ergonomiques** : tête penchée en avant, membres supérieurs en suspension… - **Manipulations** en cas de contracture musculaire rebelle
	Autres formes		- Névralgie cervico-brachiale ou myélopathie cervico-arthrosique : **traitement chirurgical**

Cervicalgie symptomatique	→ rare (< 1%), potentiellement grave, à rechercher systématiquement	
	« Drapeaux rouges »	- Début **insidieux**, **évolution progressivement croissante**, rythme inflammatoire - **Intensité** des douleurs, caractère rebelle aux traitements symptomatiques - **Localisations** multiples ou atypiques, **ATCD** tumoraux ou infectieux - Origine **infectieuse**, **inflammatoire**, **néoplasique** - Immunosuppression, corticothérapie, toxicomanie - **Fièvre**, ADP, sudations nocturnes, AEG
	Étiologies	- Tumorale : **métastase**, **localisation myélomateuse, tumeur primitive vertébrale** - Infectieuse : **spondylodiscite** - Inflammatoire : **spondylarthropathie**, **polyarthrite rhumatoïde**, **chondrocalcinose**, rhumatisme à apatite - Neuro : **tumeur intrarachidienne** ou **de la fosse postérieure** - Post-traumatique : **fracture**, **luxation** (→ **clichés Rx dynamiques** à distance) - **Douleurs référées** d'origine ORL ou cervicale antérieur
	CAT	- Tableau clinique et radiographique typique : douleur mécanique, absence de fièvre, d'AEG, d'ADP, radiographie normale ou cervicarthrose isolée → **arrêt du bilan étiologique** - Discordance radio-clinique ou doute diagnostique : **VS, CRP, EPP, calcémie, IRM du rachis +/- scintigraphie osseuse** en cas de douleurs diffuses

DORSALGIE

Diagnostic	C	Examen du rachis	- **Statique** du rachis thoracique et de l'ensemble du squelette axial - **Souplesse rachidienne** en flexion et en extension (rachis thoracique : secteur le moins mobile), mesure de l'ampliation thoracique - **Points douloureux** à la palpation médiane (épineuse et interépineuse) et paravertébrale
			- Examen général : pleuropulmonaire, cardiovasculaire, abdominal, fosses lombaires - Examen neurologique : recherche de bande d'hypoesthésie, de syndrome lésionnel et sous-lésionnel
	PC		- En 1re intention = systématique devant toute dorsalgie : **Rx face et profil du rachis thoracique debout** - Au moindre doute et selon le contexte : **VS/CRP, NFS, EPP, RP, ECG, EOGD, scintigraphie, scanner, IRM**…
Dorsalgie secondaire non mécanique	→ à évoquer systématiquement, notamment en cas de dorsalgie aiguë : **Rx du rachis thoracique** systématique		
	Pathologie non rachidienne		- Cardiovasculaire : **insuffisance coronaire** (angor, IDM), **péricardite**, **anévrisme de l'aorte thoracique** - Pleuropulmonaire : **cancer bronchique, pleurésie** infectieuse ou néoplasique**, tumeur médiastinale** - Digestive : **ulcère gastrique** ou **duodénal, affection hépatobiliaire, oesophagite, pancréatite, gastrite, cancer gastrique, de l'œsophage** ou **du pancréas**
	Affection rachidienne		- **Spondylarthropathie** (à évoquer en premier lieu) - **Spondylodiscite infectieuse** - **Fracture ostéoporotique** - Tumeur intrarachidienne : **neurinome, épendymome, méningiome**… - Tumeur maligne : **métastase, myélome** - Tumeur bénigne : **ostéoblastome, angiome vertébral, ostéome ostéoïde**… - **Maladie de Paget**
Dorsalgie mécanique	**Étiologies**		- **Scoliose** : souvent asymptomatique, lésions dégénératives avec le vieillissement - **Maladie de Scheuermann** : épiphysite de croissance à l'adolescence, souvent asymptomatique. Risque de dégénérescences discales ultérieures. - **Cyphose sénile de Schmorl** : maladie de Scheuermann compliqué d'arthrose vertébrale - **Hernie discale** : rare, asymptomatique ou syndrome lésionnel et sous-lésionnel - **Arthrose** costovertébrale et zygapophysaire: favorisée par les troubles de la statique vertébrale, souvent asymptomatique. - **Dorsalgies « fonctionnelles » :** localisation atypique de ce type de douleurs
	TTT		- Traitement **symptomatique**, **kinésithérapie** - **Infiltrations ciblées** (risques +++ au niveau dorsal)

LOMBALGIE

Diagnostic

SF	**- Douleur** : siège (lombaire basse, lombofessière), irradiations (fesse, face postérieure de la cuisse, membre inférieur, fosse iliaque, hypogastrique, pli inguinal), rythme mécanique ou inflammatoire (possible en cas de lombalgies communes en période aiguë) - **Impulsivité** à la toux ou à la défécation (origine discale) - **Lombalgie commune** : ↗ par le port de charge, l'effort, la station debout ou assise prolongée ↘ par le repos
SC	- **Trouble de la statique sagittal** (hyperlordose lombaire) ou **frontal** (scoliose) - **Mobilité** du rachis articulaire, **contracture** musculaire paravertébrale, **points douloureux** - Recherche de **signes de souffrance radiculaire ou d'une atteinte de la queue de cheval,** d'un **syndrome cellulomyalgique**, de signes de **souffrance articulaire sacro-iliaque** et **coxo-fémorale**
PC	**- Rx standard**: statique rachidienne, dégénérescence discale, anomalies morphologiques congénitales ou acquises **- Scanner, IRM, scintigraphie osseuse** : en 2de intention

Lombalgie commune = dégénérative

= Extrêmement fréquente = **70%** de la population adulte, prévalence maximale entre **50** et **65 ans,** affection la plus invalidante au monde
- FdR : efforts répétés, antécédents de traumatisme, antécédents familiaux, tabagisme, sédentarité, surpoids, troubles de la statique rachidienne

Origine discale

- **Âge 20-60 ans**
- Facteur déclenchant, ATCD similaire
- Lombalgie **médiane**, **mécanique**, **impulsive**
- Contracture musculaire avec attitude antalgique
- Risque de radiculalgie ou de compression de la queue de cheval (rare)

Origine arthrosique

- **Âge > 50 ans**
- Lombalgie médiane ou unilatérale, améliorée par **l'antéflexion**, hyperesthésie au « palper-rouler»
- Douleurs référées, sans trajet précis
- **Facteurs favorisants** : hyperlordose, surpoids, syndrome trophostatique, scoliose, instabilité discovertébrale
- Risque rare de radiculalgie ou de **canal rachidien rétréci**

Lumbago

= **Lombalgie aiguë < 7 semaines** : tableau le plus fréquent

SF	- **Douleur lombaire basse**, survenant de façon brutale lors d'un effort, avec sensation de blocage - **Impotence fonctionnelle** majeure - Efforts de toux et de défécation souvent à l'origine de paroxysmes douloureux - Antécédents lombalgiques banals, régressifs, peu invalidants
SC	- **Attitude antalgique** - **Limitation des mobilités** importante, élective ou largement prédominante dans 1 ou 2 secteurs - Recherche de **signes d'irritation radiculaire** et de **déficit neurologique** des MI ou périnéaux
PC	➙ Aucun bilan complémentaire en 1re intention devant une lombalgie **< 7 semaines** sauf si : - Suspicion de **fracture vertébrale** = ostéoporose, FdR ostéoporotique, sujet âgé : **Rx standard** - Suspicion de **pathologie tumorale** ou **infectieuse** = antécédent néoplasique, âge **> 50 ans**, immunodépression, AEG, fièvre, horaire inflammatoire ou résistance au traitement : **Rx, CRP, NFS** - Avant TTT par manipulation vertébrale : éliminer formellement toute lombalgie symptomatique
TTT	➙ Évolution dans la majorité des cas vers la régression en quelques jours - **Repos actif** : essayer de poursuivre les activités ordinaires compatibles avec la douleur - TTT médicamenteux symptomatique : **antalgique, AINS** - Corset lombaire antalgique (sans autre immobilisation stricte) ➙ La kinésithérapie n'a pas de place à la phase aiguë : en cas de douleur persistante **> 4 semaines**

Lombalgie commune chronique

= Persistance de **douleurs lombaires invalidantes > 3 mois** : rare = **10%** des cas, invalidante
- Généralement chez des sujets aux antécédents de lumbago à répétition, parfois inaugurale

C	- **Douleur lombaire basse**, de rythme mécanique, entravant peu les activités, irradiant souvent dans les **fesses**, parfois à la **partie postérieure des cuisses** (sans topographie radiculaire) - **Limitation modérée des mobilités**, souvent élective, **points douloureux** électifs à la palpation
PC	**- Rx standards du rachis lombaire** (face et profil) **et du bassin de face** systématique : lésions d'arthrose lombaire, parfois discrète (sans parallélisme radio-clinique), rarement normales **- Rx dynamiques** en cas d'ATCD traumatiques ou si une instabilité vertébrale est suspectée **- IRM** en cas de drapeaux rouges (peut montrer un hyper signal discovertébral, classification Modic 1, seul signe d'imagerie corrélé aux douleurs)

	Évolution	- **Évolution favorable** dans la grande majorité des cas, sans invalidité marquée - **Handicap sévère** dans les professions nécessitant une sollicitation importante du rachis
	TTT	- **Repos** limité et non inutilement poursuivi - TTT médicamenteux : **antalgique de palier I ou II** (opioïdes au long cours contre-indiqués), **AINS** en phase aiguë - **Psychotropes** en cas de drapeaux noirs - **Kinésithérapie de rééducation** essentielle (série initiale de 15 séances) : **gymnastique** de **renforcement des muscles du tronc** et **du segment lombo-pelvien**, **étirements**, **entretien articulaire lombaire**, **correction des troubles statiques** (techniques d'adaptation posturale), techniques d'**ergonomie rachidienne** (verrouillage de la charnière lombo-sacrée…) et autorééducation - **Crénothérapie** en cas de polyarthrose invalidante - **Infiltrations cortisoniques** au niveau zygapophysaire en poussée inflammatoire arthrosique, thermocoagulation voire infiltrations cortisoniques intradiscales (stade Modic 1) - **Correction d'un trouble statique** - **Chirurgie** (exceptionnelle, résultats inconstants) : **arthrodèse intervertébrale, prothèse discale**
Lombalgie symptomatique = non dégénérative	= rare (< 1%), à évoquer systématiquement, notamment si : - Début progressif, insidieux, sans facteur déclenchant - Atypies topographiques de la douleur : lombaire haute ou caractère étendu - Rythme atypique des douleurs : nocturnes ou en 2e partie de la nuit - Intensité, ténacité des douleurs ou aggravation progressive - Absence d'antécédents de lombalgie (surtout chez le sujet âgé) - Raideur globale et intense du rachis lombaire à l'examen clinique - Contexte : antécédent suspect, asthénie, anorexie, amaigrissement, fièvre, lésions cutanées, tumorales…	
	PC	- **Rx standard**, **IRM** en 2e intention - **VS/CRP, EPP, calcémie** - **Scintigraphie osseuse** en cas de douleurs diffuses
	Tumeur maligne : myélome, MT	- **Rx** : **fracture vertébrale** (« tassement vertébral »), **ostéolyse** (« vertèbre borgne » : disparition d'un pédicule sur le cliché de face), **déminéralisation diffuse** (forme décalcifiante diffuse du myélome), **ostéocondensation vertébrale**, ou possiblement normales - **IRM** : confirmation des lésions, localisation, rapports avec les tissus adjacents. - **Biopsie dirigée** si diagnostic non certain, **biopsie chirurgicale** en cas de tumeur intrarachidienne
	Tumeur bénigne	- **Ostéome ostéoïde** : douleurs intenses, volontiers nocturnes, évoluant par crises de quelques heures, soulagées par l'aspirine ou les AINS, image d'ostéocondensation intense centrée par une zone claire renfermant un îlot dense (image « en cocarde » du nidus), hyperfixation intense à la scintigraphie - Autres (plus rare) : **neurinome, méningiome, angiome vertébral** (dégénérescence graisseuse associée et rassurante)
	Infectieuse	- **Spondylodiscite**, ou plus rarement **spondylite pure**
	Rhumatisme	- **Spondylarthropathie, CCA ou rhumatisme à apatite**
	Ostéopathie déminéralisante	= **Ostéoporose**, **ostéomalacie** ou autre ostéopathie fragilisante - **Fractures vertébrales** (« tassements vertébraux ») : cause la plus fréquente, fracture du sacrum
	Cause extrarachidienne	- **Anévrisme de l'aorte abdominale** : lombalgie aiguë très intense (fissuration) ou lombalgie chronique, irradiations abdomino-génito-crurales, par paroxysmes, rythme inflammatoire (syndromes fissuraires) - Pathologie urinaire = **lithiase rénale chronique, hydronéphrose, tumeur rénale** : lombalgie haute, souvent latéralisée (angle costo-lombaire), irradiant dans le flanc, voire aux OGE - Pathologie digestive : **tumeur digestive** (gastrique, colorectale, pancréatique), **pancréatite chronique** - **Tumeur pelvienne, ADP prérachidienne, fibrose rétropéritonéale**